



**RUTE LUÍS LIMA
PINTO**

**ALEXITIMIA, REGULAÇÃO EMOCIONAL E
MINDFULNESS: CONTRIBUTOS PARA A
COMPREENSÃO DA PSICOPATOLOGIA**



**RUTE LUÍS LIMA
PINTO**

**ALEXITIMIA, REGULAÇÃO EMOCIONAL E
MINDFULNESS: CONTRIBUTOS PARA A
COMPREENSÃO DA PSICOPATOLOGIA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e sob a coorientação do Doutor Ricardo João Fernandes Teixeira, Investigador do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” - Antoine de Saint-Exupéry

o júri

Presidente

Professora Doutora Aida Maria de Figueiredo Ferreira
Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Emília de Carvalho Coutinho
Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Viseu

Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Associada com agregação, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Nesta fase final do meu percurso académico, chega a altura de prestar os meus sinceros agradecimentos às pessoas que de uma forma ou de outra foram essenciais para esta minha caminhada.

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora, Doutora Anabela Pereira, pela disponibilidade, compreensão e sobretudo pelas palavras de incentivo. Agradeço também ao meu coorientador, Doutor Ricardo Teixeira, pela oportunidade, disponibilidade e apoio durante este processo.

Aos verdadeiros amigos que Aveiro me deu, especialmente, à Sara, à Stephanie e ao Zé Pedro, agradeço por todo o apoio prestado até ao final desta etapa. Obrigada por terem sido os melhores amigos, nas piores alturas.

Agradeço também à Ana, à Branca, ao Frederico e à Raquel, porque apesar de não terem estado sempre comigo, estiveram lá sempre que mais precisei.

Aos amigos de longa data, Joana, Tiago e Fátima, agradeço por terem sido um suporte nas alturas em que mais precisei.

Agradeço ainda à minha “*família académica*” pela confiança, amor e apoio durante esta aventura.

Como não podia deixar de ser, deixo ainda um sincero obrigado à Diana, por ser como uma irmã mais velha, e por me incentivar a nunca desistir. Obrigada pelo companheirismo e orgulho desde o início da minha vida académica.

Deixo ainda um especial agradecimento à Maria João por me ter apoiado incondicionalmente em todos os momentos, e por ser a melhor amiga que eu podia pedir. Obrigada por acreditares em mim até ao fim e por estares sempre do meu lado, tanto nas vitórias alcançadas como nos obstáculos que foram precisos ultrapassar.

Agradeço a toda a minha família por nunca duvidarem das minhas capacidades e me apoiarem em todos os momentos.

Em especial aos meus pais por terem sido sempre os meus pilares e impulsionadores de todas as minhas conquistas, e ao meu irmão por estar sempre no meu pensamento, e me incentivar a ser sempre a melhor versão de mim mesma.

Por último, agradeço a Psicologia, à Universidade, a Aveiro e a todos os que se cruzaram comigo nesta etapa da vida.

palavras-chave

Alexitimia, regulação emocional, mindfulness

resumo

Alexitimia corresponde a um conjunto de características afetivas e cognitivas, clinicamente observadas em vários pacientes, marcada pela fraca capacidade de entender o que outra pessoa está a sentir e para partilhar os sentimentos com outrem. Este constructo é definido como um distúrbio de regulação emocional, ou seja, capacidade para experienciar e diferenciar uma gama completa de emoções. Pretende-se com este trabalho estudar a relação existente entre a alexitimia, regulação emocional e *mindfulness*.

A amostra do presente estudo foi constituída por 241 participantes, sendo 80 do género masculino e 161 do género feminino, com idades compreendidas entre 13 e 62 anos [M(DP)=34.22(10.112)]. Os participantes encontravam-se em acompanhamento psicológico numa clínica privada quando foram avaliados com um protocolo de investigação constituído pelas seguintes escalas: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Philadelphia *Mindfulness* Scale (PHMLS) e Emotion Regulation of Others and Self (EROS).

Os resultados mostram que quanto maior for a melhoria do afeto, maior é a consciencialização que o paciente tem das suas emoções, simultaneamente quanto maior for a piora intrínseca do afeto maior é o nível de dificuldade de identificar, descrever emoções e o valor de alexitimia total. Salienta-se que quanto maiores os valores de melhoria extrínseca do afeto, mais baixos são os valores relativos às variáveis dificuldade em identificar emoções, aceitação e alexitimia total. Igualmente, inversamente proporcionais são apresentados os valores referentes à melhoria intrínseca do afeto relativamente à aceitação, dificuldade em identificar emoções e alexitimia total. Por fim, quanto maiores os níveis de consciencialização menores os valores de piora intrínseca do afeto, dificuldade em descrever e identificar emoções, bem como alexitimia total. Relativamente às diferenças de géneros, os valores revelam que os homens têm uma maior dificuldade para descrever emoções, o que pode levantar a questão de estereótipos relativamente ao fator masculinidade. Por fim, verificou-se que os preditores de superiores níveis de alexitimia, ao nível da regulação emocional, são uma diminuição da melhoria extrínseca e da melhoria intrínseca do afeto, e um aumento da piora intrínseca do afeto. Ao nível do *mindfulness*, verificou-se que superiores níveis de alexitimia estão associados a menores indicadores de consciencialização e aceitação.

São referidos os contributos deste estudo para a otimização do diagnóstico e interesse na psicopatologia.

keywords

Alexithymia, emotion regulation, mindfulness

abstract

Alexithymia corresponds to a set of affective and cognitive characteristics, clinically observed in several patients, marked by the weak capacity to understand what another person is feeling and to share the feelings with others. This construct is defined as a disturbance of emotional regulation, that is, the ability to experience and differentiate a full range of emotions.

The aim of this work is to study the relationship between alexithymia, emotional regulation and mindfulness.

The sample of the present study consisted of 241 participants, 80 males and 161 females, aged between 13 and 62 years ($M (SD) = 34.22 (10.112)$). Participants were having psychological counseling in a private clinic when they were evaluated with a research protocol consisting of: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS) and Emotion Regulation of Others and Self (EROS).

The results show that the greater the improvement in affection, the greater the patients' awareness of their emotions. At the same time, the greater the intrinsic worsening of affection, the greater the level of difficulty of identifying, describing emotions and the value of total alexithymia. It should be noted that the higher the values of extrinsic affection improvement, the lower the values related to the variables difficulty in identifying emotions, acceptance and total alexithymia. Equally inversely proportional are the values related to the intrinsic improvement of affection regarding acceptance, difficulty in identifying emotions and total alexithymia. Finally, the higher the levels of awareness, the lower the values of intrinsic affect worsening, difficulty in describing and identifying emotions, as well as total alexithymia.

Regarding gender differences, the figures reveal that men have a greater difficulty describing emotions, which may raise the question of stereotypes regarding the masculinity factor.

Finally, it was found that the predictors of higher levels of alexithymia at the level of emotional regulation are a decrease in extrinsic improvement and intrinsic improvement of affect, and an increase in the intrinsic worsening of affect. At the level of mindfulness, it has been found that higher levels of alexithymia are associated with lower indicators of awareness and acceptance.

The contributions of this study to the optimization of diagnosis and interest in psychopathology are mentioned.

ÍNDICE

| | |
|-------------------|----|
| Introdução | 1 |
| Metodologia | 5 |
| Resultados | 9 |
| Discussão | 13 |
| Referências..... | 17 |
| Anexos | 21 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1: Dados Sociodemográficos | 6 |
| Tabela 2: Relações entre variáveis..... | 9 |
| Tabela 3: Diferenças de Género..... | 12 |
| Tabela 4: Preditores de Alexitimia | 13 |

INTRODUÇÃO

O ser humano experiencia as situações de formas muito diversificadas, sendo que segundo Leahy, Tirsch, e Napolitano (2011) o que realmente importa é a capacidade de reconhecer, aceitar e até utilizar a nosso favor a emoção que estamos a vivenciar em determinada situação. Contudo, existem pessoas que demonstram dificuldades em lidar com as suas emoções, tornando-se assim pertinente a introdução do termo ‘alexitimia’.

Alexitimia deriva do grego e do latim Sem (“a) palavras (“lexus”) para emoções (“thymus”). O termo alexitimia foi inicialmente proposto em 1973 por Snifeos (Silva & Vasco, 2010) para demonstrar um conjunto de características afetivas e cognitivas clinicamente observadas em vários pacientes psicossomáticos, e hoje em dia é visto como uma construção da personalidade multifacetada e dimensional (Zimmermann, Rossier, De Stadelhofen, & Gaillard, 2005).

Ao contrário da empatia, alexitimia é marcada pela fraca capacidade de entender o que outra pessoa está a sentir e para partilhar os próprios sentimentos (Grynberg et al., 2012). De forma a facilitar a compreensão do constructo, foram definidos três fatores centrais que estão na base da psicopatologia: 1. dificuldade em identificar sentimentos; 2. dificuldade em comunicar sentimentos e 3. pensamento orientado para o exterior. Os pacientes alexitímicos refletem dificuldades ao nível do processamento cognitivo e da regulação emocional, tendo em conta que as respostas emocionais e a regulação emocional envolvem três sistemas interligados: neurofisiológico (sistema nervoso autónomo e ativação neuro-endócrina), expressivo motor (expressão facial, tom de voz) e cognitivo-experiencial (consciência subjetiva e reportório verbal sobre estados emocionais) (Silva & Vasco, 2010).

A alexitimia é assim, um correlato de distúrbios psicológicos em geral, fortemente associado com sintomas depressivos (Foran & O’Leary, 2013), podendo compartilhar influências genéticas, e estando também associada a perturbações de ansiedade e problemas de saúde física (Panayiotou et al., 2015). Durante mais de duas décadas o estudo da alexitimia baseava-se principalmente nas consequências intrapessoais dessa característica (eg. Lumley, Neely, & Burger, 2010; Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010). Os estudos foram posteriormente alargados para a avaliação do impacto que a alexitimia tem nas relações interpessoais, nomeadamente sendo realizados numa amostra de estudantes, onde foi revelada uma associação positiva entre a alexitimia e problemas

interpessoais (Zarei & Besharat, 2010). A investigação nesta área tem revelado baixos níveis de habilidades sócio afetivas, dificuldades em interagir e lidar com seu ambiente social, e padrões de funcionamento social frio e distante, correlacionados com elevados padrões de alexitimia (Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010).

Ainda sobre os estudos realizados em redor da alexitimia, destacam-se as investigações em torno da diferença de géneros onde os homens apresentaram níveis mais elevados de alexitimia; bem como resultados apresentados onde se propõe uma relação positiva entre a alexitimia e uma idade avançada e níveis mais baixos de educação (Yekta, Besharat, & Roknoldini, 2011). Foram ainda realizados estudos para averiguar as correlações existentes entre a alexitimia e os fatores de personalidade, sendo que foram reveladas correlações positivas com o neuroticismo, baixas correlações com psicoticismo, e correlações negativas com a extroversão, bem como baixa abertura à experiência (como por exemplo, Espina, 2003; Muller, Gucht, Fontaine & Fischler, 2004; Nicolò et al., 2011).

Vários autores consideraram que a alexitimia poderia ser definida como um distúrbio de regulação emocional, sendo que num estudo realizado por Pandey, Saxena, e Dubey (2011) foi observado que pacientes com esta característica tinham dificuldades a nível de regulação emocional, como por exemplo, a não-aceitação a respostas emocionais, a falta de clareza emocional e dificuldades em comportamento de impulsos. Assim, torna-se pertinente a definição de regulação emocional, sendo que autores como Garner e Spears, (2000) consideravam que esta era um controlo da experiência emocional e da expressão, enquanto que outros autores a definem como a capacidade para experienciar e diferenciar uma gama completa de emoções.

Perante isto, foi criado por Gratz e Roemer um modelo conceitual multidimensional da regulação emocional que indicava que a regulação emocional era composta por quatro dimensões, nomeadamente a existência de: 1. sensibilização e compreensão das emoções, 2. a sua aceitação, 3. capacidade de controlar comportamentos impulsivos e comportar-se de acordo com os objetivos desejados (nomeadamente face a emoções negativas); e 4. capacidade de usar estratégias de regulação emocional adequadas, de forma a alcançar as metas individuais e as exigências da situação (Pandey, Saxena & Dubey, 2011)

Folkman e Lazarus (1988, cit in Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011) indicaram 8 estratégias para lidar com as emoções, nomeadamente, o confronto, o distanciamento, o autocontrolo, a procura por apoio social, aceitação da responsabilidade, evasão, resolução de problemas planeados e reavaliação positiva. Leahy, Tirsch e Napolitano (2011) indicam que uma parte importante da regulação emocional é aprender a lidar com a experiência.

Assim, a relação existente entre alexitimia e dificuldades na regulação de emoções é apoiada por observações em que ambos os constructos mostraram um padrão semelhante de associação com problemas de saúde mental e física (Pandey, Saxena & Dubey, 2011).

Devido às suas características, a alexitimia tem sido descrita como uma dimensão importante em várias doenças médicas, estando associada a sofrimento psíquico e com comprometimento da qualidade de vida (Barbosa et al., 2011). A investigação na área da alexitimia tem vindo a aumentar, nomeadamente no surgimento de estudos relacionados com recuperação de problemas de álcool, onde se encontrou que pontuações elevadas de alexitimia estão correlacionadas com níveis de regulação emocional mais baixas, menos dias de abstinência ao álcool, maior gravidade de dependência e várias situações de consumo de alto risco (Stasiewicz et al., 2012). Pacientes alexitímicos revelaram ainda que o álcool intensifica emoções negativas e melhora as capacidades sociais comparativamente a pacientes sem esta característica (Thorberg et al., 2016).

Conclui-se ainda que pessoas com alexitimia, normalmente associam as causas dos seus sentimentos a fatores externos em vez de internos (por exemplo, as suas interpretações pessoais) (Teixeira & Pereira, 2013). Oposto a este conceito surge o *mindfulness*, estando associado ao bem-estar psicológico, incentiva a atenção para experiências internas e para pensamentos ou sentimentos que surgem no corpo (ou seja, internos) (Arias, Justo, & Granados, 2010; Gilbert et al., 2012). Segundo Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow (2008) o *mindfulness* tem sido concetualizado como uma tendência para uma maior consciência das experiências de alguém, trazendo uma atitude de aceitação e não-julgamento para essas experiências.

O conceito de *mindfulness* é comumente utilizado para descrever um traço psicológico, uma prática de cultivar a atenção plena, um estado de consciência, ou um processo psicológico (Germer, Siegel, & Fulton, 2005). A consciência é assim considerada

"a observação sem julgamento do fluxo contínuo de estímulos internos e externos que possam surgir" (Baer, 2003). O modelo do Bishop e colaboradores (2004), propõe que a atenção plena engloba autorregulação da atenção (capacidade de ancorar a atenção sobre o que está a acontecer e a capacidade de alternar intencionalmente a atenção de um aspeto da experiência para outro) e a adoção de uma determinada orientação no sentido de experiências de uma pessoa. Enquanto a aceitação se refere à capacidade de experimentar eventos, sem recorrer a qualquer dos extremos da preocupação excessiva, com, ou sem, supressão da experiência (Keng, Moria, Smoski, Clive & Robins, 2011).

Estes contextos são considerados muito importantes e eficazes contra problemas psicológicos como a ruminação, a ansiedade, o medo ou a raiva, muitos dos quais envolvem as tendências não-adaptativas para evitar, suprimir ou exceder o envolvimento com pensamentos e emoções que causem angústia (Hayes & Feldman, 2004).

A partir da década de 1960, o interesse no uso de técnicas de meditação em psicoterapia começou a crescer permitindo examinar vários meios de sensibilização e ampliando os limites da consciência, incluindo a meditação (Keng, Smoski, & Robins, 2011). Um dos componentes fundamentais do *mindfulness* no desenvolvimento da psicoterapia é a regulação emocional (Arias, Justo, & Granados, 2010).

Porque são reduzidos os estudos com acompanhamento clínico, pretendemos dar o nosso contributo para o maior conhecimento da alexitimia e psicopatologia aplicados a este contexto. O presente estudo tem como objetivo avaliar a importância da relação entre a alexitimia, regulação emocional e *mindfulness*, numa amostra de pacientes em acompanhamento psicoterapêutico.

METODOLOGIA

Participantes

A amostra foi constituída por pacientes que se encontravam a ter acompanhamento psicoterapêutico (terapia cognitivo-comportamental) numa clínica privada da zona Norte do país, e foi composta por 241 participantes, sendo 80 (33.2%) participantes do género masculino e 161 (66.8%) ao género feminino. A amostra recolhida continha participantes com idades compreendidas entre os 13 anos e os 62 anos, com média igual a 34.22 anos (DP=10.112). Dos 241 participantes, 149 (61.8%) frequentavam, simultaneamente as especialidades de psicologia e psiquiatria na clínica, e 60 (24.9%) apenas se encontravam a ser vistos por um psicoterapeuta (Tabela 1).

Dos 241 pacientes, 148 (61.4%) estavam empregados, 43 (17.8%) eram estudantes, 4 (1.7%) estavam reformados e 46 (19.1%) pacientes encontravam-se desempregados. No que diz respeito à escolaridade dos participantes é de salientar que 104 (43.2%) tinham concluído licenciatura, 84 (34.9%) realizaram o 12º ano, 29 (12%) concluíram no máximo o 9º ano de escolaridade, 20 (8.3%) concluíram o mestrado e apenas 4 (1.7%) frequentaram o grau de doutoramento (Tabela 1).

No que concerne aos diagnósticos, foram identificadas quatro categorias principais: 36 participantes (14.9%) com depressão, 109 (45.2%) com ansiedade, 77 (32.0%) apresentavam uma comorbilidade entre depressão e ansiedade, e 19 participantes (7.9%) apresentaram outros diagnósticos (onde se enquadram os diagnósticos de humor, personalidade e distúrbios alimentares) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados Sociodemográficos

| M (DP) | | |
|--------------------------|----------------------------------|----------------|
| Idade | | 34.22 (10.112) |
| n (%) | | |
| Género | Masculino | 80 (33.2%) |
| | Feminino | 161 (66.8%) |
| Estado Civil | Casado | 107 (44.4%) |
| | Solteiro | 113 (46.9%) |
| | Viúvo | 1 (0.4%) |
| | Divorciado/separado | 20 (8.3%) |
| Sit. Profissional | Desempregado | 46 (19.1%) |
| | Empregado | 148 (61.4%) |
| | Estudante | 43 (17.8%) |
| | Reformado | 4 (1.7%) |
| Tipo de acomp. | Psiquiatria | 32 (13.3%) |
| | Psicologia | 60 (24.9%) |
| | Ambos | 149 (61.8%) |
| Escolaridade | >=9º ano | 29 (12%) |
| | 12º ano | 84 (34.9%) |
| | Licenciatura | 104 (43.2%) |
| | Mestrado | 20 (8.3%) |
| | Doutoramento | 4 (1.7%) |
| Motivo | Depressão | 36 (14.9%) |
| | Ansiedade | 109 (45.2%) |
| | ^a CDA | 77 (32.0%) |
| | ^b Outros diagnósticos | 19 (7.9%) |

Nota. ^aCDA: Comorbilidade entre Depressão e Ansiedade. ^bOutros diagnósticos: humor, personalidade e distúrbios alimentares.

Instrumentos

Os instrumentos usados no presente estudo foram: *Emotion Regulation of Others and Self* (EROS), *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHMLS) e *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Anexo 1)

A TAS-20 trata-se de uma escala de autoavaliação desenvolvido por Bagby, Parker e Taylor (1994) e adaptada para a população portuguesa por Praceres, Parker e Taylor (2000) e Veríssimo (2001). Esta escala avalia três dimensões da alexitimia, sendo elas a capacidade para identificar os sentimentos, a capacidade de descrever sentimentos a outros e o pensamento orientado para o exterior. A TAS-20 é constituída por 20 itens, avaliados através de uma escala de Likert que varia entre 1 (*discordo totalmente*) e 5 (*concordo completamente*), sendo que os itens 4, 5, 10 e 8 são cotados de forma inversa. A valores mais elevados corresponde um valor de alexitimia maior, sendo que o ponto de corte para a presença da alexitimia está previsto para a pontuação de 61 (Bagby et al. 1994).

Na presente amostra, as subescalas, "dificuldade em identificar sentimentos" e "dificuldade em descrever os sentimentos", mostraram alfas de Cronbach de 0.82 e 0.65, respetivamente. A subescala "pensamento orientado para o exterior" mostrou um alfa de 0.49, pelo que foi excluída da análise. O alfa para a escala total foi de 0.80.

Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS) (Anexo 2)

A PHMLS é uma escala de autorrelato que permite medir dois componentes da atenção plena, sendo eles a consciência e a aceitação, através de 20 itens. Os itens são cotados numa escala de Likert que variam de 1 (*nunca*) a 5 (*sempre*), sendo que valores mais elevados correspondem a uma maior capacidade de os participantes se focarem no momento presente. Os alfas originais foram de 0.75 para a subescala consciencialização e 0.82 para a subescala de aceitação (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008). Na presente amostra, os valores ao nível da fidelidade obtidos para cada escala, foram, respetivamente, 0.78 e 0.81.

Emotion Regulation of Others and Self (EROS) (Anexo 3)

A EROS foi elaborada por Niven, Totterdell, Stride, e Holman (2011) e avalia em que medida as estratégias de regulação emocional são usadas para melhorar ou piorar a experiência emocional dos outros. A EROS corresponde a uma escala do tipo Likert que varia de 1 (nada) a 5 (muito), subdividida em duas escalas *extrínseca* (9 itens) e *intrínseca* (10 itens) (Lapiedra, Mata, Bona, & Gallego, 2015). As subescalas anteriormente mencionadas são divididas entre itens que melhoram o afeto e itens que pioram o afeto, e a sua cotação é feita através das médias obtidas em cada subescala. Assim, na subescala *extrínseca*, os itens 1, 3, 6, 7, 8 e 9 correspondem à melhoria de afeto (com alfa de Cronbach de 0.87, sendo o alfa original de 0.90) e os itens 2, 4 e 5 correspondem à piora de afeto (com alfa de Cronbach de 0.81, sendo o alfa original de 0.67). Por outro lado, na subescala *intrínseca*, os valores 2, 3, 6, 7, 9 e 10 correspondem à melhoria de afeto (com alfa de Cronbach de 0.845, sendo o alfa original de 0.87) e os itens 1, 4, 5 e 8 correspondem à piora de afeto (com alfa de Cronbach de 0.856, sendo o alfa original de 0.83).

Procedimentos

Os dados foram recolhidos numa clínica privada da zona norte do país, sendo que, não se permite considerar a amostra como representativa da população em geral, visto que, esta se refere a um público de condições financeiras consideradas médias-altas. Os participantes foram submetidos ao estudo de forma voluntária, sendo que foram garantidos os valores de confidencialidade, e não receberam nenhuma compensação monetária.

Inicialmente, os participantes responderam a um breve questionário sociodemográfico (anexo 4), indicando a idade, o género, a localidade, a situação profissional em que se encontravam, o estado civil, o seu grau de escolaridade, bem como o motivo de diagnóstico e o tipo de acompanhamento que recebem na clínica em questão.

Todos os procedimentos éticos e deontológicos foram tidos em consideração para a aplicação das referentes escalas.

Análise dos dados

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa IBM SPSS *Statistics* 2.0. Foram efetuadas estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas, seguindo-se a análise de correlações, através do coeficiente de Pearson, das variáveis em estudo, EROS, PHLMS e TAS-20. Foi efetuada uma Manova para analisar as diferenças de género, e foi efetuada uma regressão linear para uma melhor compreensão dos preditores da alexitimia.

RESULTADOS

De seguida são apresentados os resultados do presente estudo, assim como as tabelas demonstrativas.

Tabela 2. Relações entre Variáveis

| <i>Escalas</i> | M (DP) | Alfa | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. |
|--|------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. Melhoria extrínseca do afeto ^a | 20.71 (5.46) | .87 | .089 | .530** | -.094 | .256** | -.211** | -.198** | -.270** | -.319** |
| 2. Piora extrínseca do afeto ^a | 4.78 (2.66) | .81 | 1 | -.054 | .399** | .036 | -.092 | .112 | .064 | .077 |
| 3. Melhoria intrínseca do afeto ^a | 18.06 (5.25) | .85 | | 1 | -.231** | .298** | -.382** | -.235** | -.332** | -.367** |
| 4. Piora intrínseca do afeto ^a | 7.29 (3.82) | .86 | | | 1 | -.129* | .058 | .215** | .315** | .246** |
| 5. Consciencialização ^b | 37.24 (6.32) | .78 | | | | 1 | -.408** | -.180** | -.282** | -.251** |
| 6. Aceitação ^b | 24.61 (6.16) | .81 | | | | | 1 | -.074 | .070 | -.024 |
| 7. Dificuldade em identificar emoções ^c | 22.33 (6.46) | .82 | | | | | | 1 | .554** | .850** |
| 8. Dificuldade em descrever emoções ^c | 15.07 (4.19) | .65 | | | | | | | 1 | .805** |
| 9. Alexitimia Total ^c | 57.76 (11.42) | .80 | | | | | | | | 1 |

Nota. N=241. * $p < .05$. ** $p < .01$. ^aEROS=Emotion Regulation of Others and Self. ^bPHLMS=Philadelphia Mindfulness Scale. ^cTAS-20=Toronto Alexithymia Scale.

A análise das correlações existentes entre as variáveis indicadas no estudo, nomeadamente as escalas EROS, PHLMS e TAS-20, demonstrou a existência de valores estatisticamente significativos, com correlações positivas entre as variáveis **melhoria extrínseca do afeto e consciencialização**, ($r=.256$, $p<.01$) e **melhoria intrínseca do afeto e consciencialização** ($r=.298$, $p<.01$); indicando que quanto maior são os valores relativos

à melhoria extrínseca e intrínseca do afeto maior o nível de consciencialização das emoções revelado pelos participantes (Tabela 2).

Ainda no que diz respeito a correlações positivas entre as variáveis em estudo, destacam-se com valores estatisticamente significativos entre as variáveis **piora intrínseca do afeto e dificuldade em identificar emoções** ($r=.215, p<.01$); **piora intrínseca do afeto e dificuldade em descrever emoções** ($r=.315, p<.01$) e **piora intrínseca do afeto e alexitimia total** ($r=.315, p<.01$). Estes valores indicam que quanto maior forem os valores relativos à piora intrínseca de afeto, maior os valores das subescalas relativas à alexitimia apontes pelos participantes. (Tabela 2)

Verificou-se ainda valores estatisticamente significativos, com correlações negativas entre as variáveis **melhoria extrínseca do afeto e aceitação** ($r= -.211, p<.01$), **melhoria extrínseca do afeto e dificuldade em identificar emoções** ($r= -.198, p<.01$), **melhoria extrínseca do afeto e dificuldade em descrever emoções** ($r= -.270, p<.01$) **melhoria extrínseca do afeto e alexitimia total** ($r=-.319, p<.01$). Ainda referentes às correlações negativas entre as escalas sobressaem os valores das correlações entre as variáveis **melhoria intrínseca do afeto e aceitação** ($r= -.382, p<.01$), **melhoria intrínseca do afeto e dificuldade em identificar emoções** ($r= -.235, p<.01$), **melhoria intrínseca do afeto e dificuldade em descrever emoções** ($r= -.332, p<.01$) e **melhoria intrínseca do afeto e alexitimia total** ($r= -.367, p<.01$). Estes valores revelam que quanto maior os níveis de melhoria extrínseca e intrínseca do afeto menor as dificuldades apresentadas pelos participantes para identificar e descrever as emoções tendo em conta a escala de alexitimia (Tabela 2).

Verificaram-se correlações estatisticamente negativas entre a variável **piora intrínseca do afeto e consciencialização** ($r= -.129, p<.05$), **consciencialização e dificuldade em identificar emoções** ($r= -.180, p<.01$), **consciencialização e dificuldade em descrever emoções** ($r= -.282, p<.01$) e **consciencialização e alexitimia total** ($r= -.251, p<.01$). Estes resultados revelam que quanto maior os níveis de consciencialização das emoções apresentados pelo paciente, menor os valores de piora intrínseca de afeto e menor as dificuldades apresentadas pelos participantes ao identificar e descrever as emoções. (Tabela 2)

Ao efetuar a análise intravariáveis foram encontradas correlações positivas entre as subescalas **melhoria extrínseca do afeto e melhoria intrínseca do afeto** ($r=.530, p<.01$) e **piora extrínseca do afeto e piora intrínseca do afeto** ($r=.399, p<.01$), o que significa que quanto melhor é a regulação emocional das emoções dos participantes, melhor é a regulação emocional face às emoções dos outros, bem como o oposto também acontece. (Tabela 2)

Existem ainda correlações positivas entre as variáveis **difículdade em identificar emoções e dificuldade em descrever emoções** ($r=.554, p<.01$), **difículdade em identificar emoções e alexitimia total** ($r=.850, p<.01$) e **difículdade em descrever emoções e alexitimia total** ($r=.805, p<.01$). Estes valores indicam que quanto maior a dificuldade em identificar as emoções, maior a dificuldade em descrevê-las e consequentemente existe um aumento dos níveis de alexitimia. (Tabela 2)

Por fim, foram encontrados valores estatisticamente significativos, com correlações negativas entre as subescalas da escala PHMLS, **consciencialização e aceitação** ($r= -.408, p<.01$) e da escala EROS, **melhoria intrínseca do afeto e piora intrínseca do afeto** ($r= -.231, p<.01$) (Tabela 2).

Tabela 3. Diferenças de gênero

| | | <i>Total</i> (<i>N</i> =241) | <i>Mulheres</i> (<i>n</i> =158) | <i>Homens</i> (<i>n</i> =56) | |
|---|-------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------|
| | Nº de itens | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | <i>F</i> |
| Melhoria extrínseca do afeto ^a | 6 | 3.45(.91) | 3.56 (.906) | 3.24 (.885) | 6.789** |
| Piora extrínseca do afeto ^a | 3 | 1.59(.89) | 1.65 (.959) | 1.49 (.713) | 1.757 |
| Melhoria intrínseca do afeto ^a | 6 | 3.01(.88) | 3.02 (.916) | 2.99 (.793) | .063 |
| Piora intrínseca do afeto ^a | 4 | 1.82(.95) | 1.79 (.961) | 1.88 (.943) | .500 |
| Consciencialização ^b | 10 | 37.24(6.32) | 37.74 (6.46) | 36.23 (5.93) | 3.098 |
| Aceitação ^b | 10 | 24.61(6.16) | 24.19 (5.91) | 25.45 (6.61) | 2.235 |
| Dificuldade em identificar emoções ^c | 7 | 22.33(6.46) | 22.27 (6.64) | 22.44 (6.13) | .034 |
| Dificuldade em descrever emoções ^c | 5 | 15.07(4.19) | 14.71(4.25) | 15.90(4.01) | 3.664* |
| Alexitimia Total ^c | 20 | 57.76(11.42) | 56.97(11.62) | 59.34(10.9) | 2.313 |

Nota. N=241. * $p<.05$. ** $p<.01$. ^aEROS=Emotion Regulation of Others and Self. ^bPHLMS=Philadelphia Mindfulness Scale.
^cTAS-20=Toronto Alexithymia Scale.

Ao analisar a tabela de diferenças de gênero (Tabela 3), verificam-se valores estatisticamente significativos na subescala **melhoria extrínseca do afeto** ($F=6.789$, $p<0.1$) onde a média das mulheres ($M=3.56$, $DP=.906$) é superior à média dos homens ($M=3.24$, $DP=.885$), o que indica que as mulheres apresentam uma maior capacidade de melhorar o afeto de forma extrínseca. Em contrapartida, perante os valores estatisticamente significativos da subescala **dificuldade em descrever emoções** ($F=3.664$, $p<.05$), onde a média para os homens ($M=15.90$, $DP=4.01$) é superior à das mulheres ($M=14.71$, $DP=4.25$), que indica que os homens têm mais dificuldade em descrever emoções.

Tabela 4. Preditores da alexitimia

| <i>Preditores</i> | <i>B</i> | <i>SE B</i> |
|---|-----------|-------------|
| <i>(Constante)</i> | 98.632 | 6.980 |
| Melhoria extrínseca do afeto ^a | -1.916* | .851 |
| Piora extrínseca do afeto ^a | -.035 | .808 |
| Melhoria intrínseca do afeto ^a | -3.751*** | .946 |
| Piora intrínseca do afeto ^a | 1.846* | .761 |
| Consciencialização ^b | -.385** | .115 |
| Aceitação ^b | -.485*** | .121 |

Nota. N=241. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. $R^2 = .252$ ^aEROS=Emotion Regulation of Others and Self.

^bPHLMS=Philadelphia Mindfulness Scale.

Verifica-se que os preditores de superiores níveis de alexitimia, ao nível da regulação emocional, são uma diminuição da **melhoria extrínseca** ($\beta = -1.916$, $p < .05$) e da **melhoria intrínseca do afeto** ($\beta = -3.71$, $p < .001$), e um aumento da **piora intrínseca do afeto** ($\beta = 1.486$, $p < .05$). Ao nível do *mindfulness*, verificou-se que superiores níveis de alexitimia estão associados a menores indicadores de **consciencialização** ($\beta = -.385$, $p < .01$) e **aceitação** ($\beta = -.485$, $p < .001$).

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi analisar as relações efetuadas entre as variáveis regulação emocional, *mindfulness* e alexitimia.

Os resultados das correlações existentes entre a **regulação emocional e a alexitimia** foram ao encontro do esperado pela literatura existente. Assim sendo, os resultados revelam que, quanto maior for a piora intrínseca do afeto, maior é o nível de dificuldade de identificar e descrever emoções e maior é o valor de alexitimia total. Estes resultados vêm então corroborar, nomeadamente, o estudo de Pandey, Saxena, e Dubey (2011), onde foi observado que pacientes com alexitimia tinham dificuldades a nível de regulação emocional, visto que a alexitimia é marcada pela fraca capacidade para entender o que a outra pessoa está a sentir

e partilhar as suas emoções, tal como tinha indicado também Grynberg e colaboradores (2012).

O mesmo se comprovou com os resultados encontrados entre a escala EROS e a TAS-20, demonstrando que, quanto maiores os valores referentes à melhoria do afeto, menores os valores de dificuldade em identificar e descrever emoções e alexitimia total.

Relativamente aos valores esperados para as variáveis ***mindfulness*** e **alexitimia**, os resultados apresentados foram novamente de encontro ao esperado, visto que quanto maiores os níveis de consciencialização, menores os valores de dificuldade em descrever e identificar emoções, bem como alexitimia total. Verifica-se assim uma corroboração com o que foi previamente mencionado por Teixeira e Pereira (2013) que indicaram que o *mindfulness* tem sido concetualizado como uma tendência para uma maior consciência das experiências de alguém, trazendo uma atitude de aceitação e não-julgamento para essas experiências. O mesmo se verificou no estudo de Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, e Dewulf (2008), onde os valores de consciencialização e aceitação estavam associados a uma melhor capacidade de identificação e descrição dos sentimentos.

Os resultados estabelecidos para a **regulação emocional e *mindfulness***, permitiram concluir que quanto maior for a melhoria do afeto, maior é a consciencialização que o paciente tem das suas emoções. Esses resultados vêm corroborar o estudo de Nozaki (2015), que indicou que os indivíduos com melhor regulação emocional conseguem utilizar essa competência para melhorar a relação consigo e com o outro. Inversamente proporcionais são apresentados os valores referentes aos níveis de consciencialização face à piora extrínseca do afeto, que vão novamente ao encontro de Keng, Moria, Smoski, Clive e Robins (2011), onde os valores de atenção plena e consciencialização estão associados a uma melhoria nos valores de regulação emocional.

Algumas incongruências foram apresentadas relativamente ao que seria esperado para os valores referentes à melhoria intrínseca do afeto relativamente à aceitação, onde, em estudos com população normal, nomeadamente o estudo de Hill e Updegraff (2012), os valores seriam correlacionados de forma positiva e neste caso em particular foram obtidos de forma inversa, ou seja, quando aumenta um valor o outro diminui. Na nossa opinião, estes

resultados poderão ser explicados pelo facto deste estudo ser realizado com doentes em psicoterapia e com um público não representativo da população normativa, visto que pertencem a uma classe média-alta. Assim, levanta-se a questão da necessidade que há em intervir nestas áreas de forma a que o paciente consiga melhorar a tolerância consigo e com os outros. Isto leva-nos a sugerir que possa ser integrado o modelo de *mindfulness* na terapia cognitivo comportamental tal como foi sugerido por Segal, William e Teasdale (2002).

Relativamente às **diferenças de géneros**, os valores revelam que os homens têm uma maior dificuldade para descrever emoções, o que vêm de encontra aos estudos previamente realizados por Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, e Berthoz (2010). Levanta-se assim a questão de que estes valores podem estar relacionados com uma questão estereotipada de que os homens são associados a um fator de virilidade que não permite a aprendizagem da expressão emocional.

Perante os resultados obtidos podemos concluir que, de uma forma geral, as variáveis *mindfulness* e regulação emocional estão inversamente relacionadas com as características de um paciente com alexitimia. Isto é justificável tendo em conta as investigações previamente mencionadas ao longo do estudo. Tendo em conta as características definidas nomeadamente por Silva e Vasco (2010) é natural que os pacientes com alexitimia pontuassem de forma a demonstrar menor consciência e aceitação tanto das suas emoções como dos restantes indivíduos.

O mesmo se comprova com a análise dos **preditores da alexitimia** presentes neste estudo onde se verificou que os preditores de superiores níveis de alexitimia, ao nível da regulação emocional, são uma diminuição da melhoria extrínseca e intrínseca do afeto, e um aumento da piora intrínseca do afeto. Ao nível do *mindfulness*, verificou-se que, superiores níveis de alexitimia estão associados a menores indicadores de consciencialização e aceitação. Estes valores vêm corroborar nomeadamente o estudo de Besharat (2010), que revela que pacientes com esta característica indicam dificuldades de regulação emocionais e de interação com os outros.

Ao presente estudo podemos indicar, como limitações, a complexidade das escalas e a ambição colocada ao mesmo, sendo que apenas poderiam ser realizados no período máximo de um ano. Apontamos ainda a grande divergência ao nível da faixa etária que pode ter deturpado alguns valores visto que os participantes se encontravam em fases desenvolvimentais muito distintas, a abundância de diagnósticos encontrados e ainda a diferença de avanços psicoterapêuticos garantidos durante a aplicação do protocolo.

Relativamente às implicações face à prática clínica é de salientar que este estudo é relevante no que diz respeito à compreensão de uma característica comum em vários pacientes que estão em psicoterapia. É importante salientar ainda que mediante os dados apresentados é fundamental a inserção de técnicas de *mindfulness* na terapia com o intuito de melhorar a regulação emocional dos indivíduos em acompanhamento.

Para investigações futuras, foi levantada assim a curiosidade de realizar estudos do mesmo género, mas de forma longitudinal, tendo em consideração o método terapêutico utilizado (TCC's de terceira geração) e os avanços conseguidos. Outra sugestão de estudos seria restringir este estudo apenas a um tipo de diagnóstico especificado, como por exemplo diagnóstico de personalidade, visto que na amostra do estudo, a divergência de participantes em cada diagnóstico não nos permitiu retirar conclusões significativas quanto ao grau de alexitimia correspondente a cada diagnóstico.

Para finalizar, e apesar das contrariedades que possam ter surgido, considera-se este estudo como uma mais valia para a compreensão destas variáveis. Tendo em conta que na psicoterapia é necessário a compreensão e discussão das emoções que afetam o paciente, levanta-se a hipótese de utilizar este protocolo como forma de rastreio para a avaliação das capacidades de lidar com as emoções mostradas pelos pacientes. Este protocolo poderá ser útil para auxiliar a que o profissional de saúde pense na psicoterapia tendo em conta as variáveis em questão, visto que estas são sem duvida cruciais para a obtenção de resultados psicoterapêuticos satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Arias, M. D. L. F., Justo, C., & Granados, M. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema*, 22, 369–375.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: a Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Barbosa, F., Mota, C., Patrício, P., Alcântara, C., Ferreira, C., & Barbosa, A. (2011). The relationship between alexithymia and psychological factors in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 754–762.
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5(2), 614–618.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.152>
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204–223.
<https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235–1245. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.018>
- Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders: Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 553–560. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00016-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00016-3)

- Foran HM, O'Leary KD. The role of relationships in understanding the alexithymia—depression link. *Eur J Personal* 2013;27(5):470-80
- Garner, P. W., & Spears, F. M. (2000). Emotion Regulation in Low-income Preschoolers. *Social Development*, 9(2), 246–264. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00122>
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(4), 374–390. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x>
- Grynberg, D., Chang, B., Corneille, O., Maurage, P., Vermeulen, N., Berthoz, S., & Luminet, O. (2012). Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): Systematic review, unanswered questions and further perspectives. *PLoS ONE*, 7(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042429>
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49(8), 845–850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255–262. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph080>
- Hill, C. L. M., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81–90. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Lapiedra, L. L., Mata, L. L., Bona, J. F. S., & Gallego, E. C. (2015). Validación del cuestionario emotional regulationothers and self (eros) *Àgora Salut*, (2011), 235–243.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. a. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2010). for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality*, 89(3), 230–246.

- <https://doi.org/10.1080/00223890701629698>.
- Muller, J., Buhner, M. & Ellgring, H. (2004). The assessment of alexithymia: psychosomatic properties and validity of the Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 37, 373
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., ... Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190(1), 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.046>
- Niven, K., Totterdell, P., Stride, C. B., & Holman, D. (2011). Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The Development and Validation of a New Individual Difference Measure. *Current Psychology*, 30(1), 53–73. <https://doi.org/10.1007/s12144-011-9099-9>
- Nozaki, Y. (2015). Emotional competence and extrinsic emotion regulation directed toward an ostracized person. *Emotion*, 15(6), 763–774. <https://doi.org/10.1037/emo0000081>
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 206–216. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.006>
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 604–623. <https://doi.org/10.1037/e617512012-003>
- Praceres, N., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação portuguesa da escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico E Avaliação Psicológica*, 9(1), 9–21.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Preventing depression: mindfulness-based cognitive therapy. New York: Guilford
- Silva, A., & Vasco, A. B. (2010). Alexitimia: Que Processos Emocionais? Que Intervenção Terapêutica?
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., ... Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional

- dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 469–476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.011>
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2013). Examining Mindfulness and Its Relation to Self-Differentiation and Alexithymia. *Mindfulness*, 6(1), 79–87. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0233-7>
- Thorberg, F. A., Young, R. M. D., Lyvers, M., Sullivan, K. A., Hasking, P., London, E. D., ... Feeney, G. F. X. (2016). Alexithymia in relation to alcohol expectancies in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 236, 186–188. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.016>
- Veríssimo, R. (2001). Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens: 1ª adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14(5-6), 529-536.
- Yekta, M., Besharat, M. A., & Roknoldini, E. (2011). Explanation of alexithymia in terms of personality dimensions in a sample of general population. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.026>
- Zarei, J., & Besharat, M. A. (2010). Alexithymia and interpersonal problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5(2), 619–622. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.153>
- Zimmermann, G., Rossier, J., De Stadelhofen, F. M., & Gaillard, F. (2005). Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 23–33. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.1.23>

ANEXOS

Anexo 1: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Veríssimo, R. (2001), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Instruções: Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, marcando com uma cruz (X) o local apropriado. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

| | 1 Desacordo total | 2 Desacordo moderado | 3 Sem opinião | 4 Acordo moderado | 5 Acordo total |
|--|-------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|
| 1. Muitas vezes sinto-me confuso em relação ao tipo de emoção que estou a sentir. | | | | | |
| 2. É-me difícil encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos. | | | | | |
| 3. Tenho sensações físicas que nem os médicos entendem. | | | | | |
| 4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos. | | | | | |
| 5. Mais do que limitar-me a descrever os problemas, prefiro analisá-los. | | | | | |
| 6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, se assustado, ou zangado. | | | | | |
| 7. Fico muitas vezes baralhado com sensações que tenho no corpo. | | | | | |
| 8. Prefiro muito simplesmente deixar que as coisas aconteçam na vez de estar a compreender porque é que se passaram assim. | | | | | |
| 9. Tenho sentimentos que não sei identificar lá muito bem. | | | | | |
| 10. É essencial manter contacto com as emoções. | | | | | |
| 11. Acho difícil descrever o que sinto sobre as pessoas. | | | | | |
| 12. Às vezes pedem-me para dizer mais o que sinto. | | | | | |
| 13. Não sei o que se passa cá dentro de mim. | | | | | |
| 14. Muitas vezes não sei porque estou zangado. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 15. Prefiro mais falar com as pessoas sobre o seu dia-a-dia do que sobre os seus sentimentos. | | | | | |
| 16. Prefiro ver programas 'leves' que distraiam do que dramas psicológicos. | | | | | |
| 17. É-me difícil revelar os meus sentimentos mais íntimos, mesmo a amigos chegados. | | | | | |
| 18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa, mesmo em momentos de silêncio. | | | | | |
| 19. Acho que examinar os meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais. | | | | | |
| 20. Estar à procura de significados ocultos em filmes ou peças de teatro, impede a pessoa de se divertir. | | | | | |

Anexo 2: Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS)

| |
|---|
| <p align="center">Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow (2008) Versão de Investigação de R.J Teixeira & M.G. Pereira Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi) - Universidade do Minho, 2009</p> |
|---|

Instruções: Por favor coloque uma cruz (X) no número que corresponde à frequência com que vivenciou cada uma das afirmações seguintes na **passada semana**.

| | 1 Nunca | 2 Raramente | 3 Algumas vezes | 4 Muitas Vezez | 5 Quase Sempre |
|--|------------|----------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Estou consciente dos pensamentos que me passam na mente. | | | | | |
| 2. Tento distrair-me quando sinto emoções desagradáveis. | | | | | |
| 3. Quando falo com outras pessoas, estou consciente das suas expressões faciais e emocionais. | | | | | |
| 4. Há aspectos sobre mim que prefiro não pensar. | | | | | |
| 5. Quando tomo banho de chuveiro, tenho consciência de como a água vai correndo pelo meu corpo. | | | | | |
| 6. Tento estar ocupado para desviar a minha mente de pensamentos e sentimentos. | | | | | |
| 7. Quando estou sobressaltado, reparo nas reações interiores do meu corpo. | | | | | |
| 8. Quem me dera poder controlar as minhas emoções mais facilmente. | | | | | |
| 9. Quando caminho ao ar livre, estou consciente dos cheiros ou do movimento do ar na minha cara. | | | | | |
| 10. Eu digo a mim mesmo que não devia ter certos pensamentos. | | | | | |
| 11. Quando alguém me pergunta como me sinto, consigo identificar facilmente as minhas emoções. | | | | | |
| 12. Há coisas em que tento não pensar. | | | | | |
| 13. Tenho consciência dos pensamentos que estou a ter quando o meu humor muda. | | | | | |
| 14. Digo a mim mesmo que não devia sentir-me triste. | | | | | |
| 15. Reparo nas mudanças no interior do meu corpo, como o meu coração a bater mais rápido ou os meus músculos a ficarem tensos. | | | | | |
| 16. Se existe algo em que não quero pensar, tento várias coisas para retirar isso da minha mente. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 17. Quando as minhas emoções mudam, tenho consciência delas imediatamente. | | | | | |
| 18. Tento não pensar nos meus problemas. | | | | | |
| 19. Quando converso com outras pessoas, estou consciente das emoções que estou a sentir. | | | | | |
| 20. Quando tenho uma má recordação, tento distrair-me para ela desaparecer. | | | | | |

Anexo 3: Emotion Regulation of Others and Self (EROS)

Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu

The Emotion Regulation of Others and Self (EROS) Scale (Niven et al., 2011)

Versão de Investigação de R.J. Teixeira, A. Pereira, & C. Chaves (2013)
Departamento de Educação, Universidade de Aveiro

SUBESCALA EXTRÍNSECA

Como é que você lida com os sentimentos das outras pessoas:

Há ocasiões em que as pessoas tentam fazer os outros sentirem-se *melhor* (por exemplo, mais felizes, mais calmos, menos ansiosos, menos irritados) e ocasiões em que elas tentam fazer os outros sentirem-se *pior* (por exemplo, menos alegres, menos animados, mais zangados, mais preocupados).

Nas últimas 2 semanas, em que medida você usou as seguintes estratégias para influenciar a forma como alguém se sentia. Não importa se as estratégias funcionaram ou não, apenas em que medida você as usou.

| | De modo nenhum | Apenas um pouco | De forma moderada | Bastante | Em grande medida |
|---|----------------|-----------------|-------------------|----------|------------------|
| 1. Dei conselhos úteis a alguém para tentar melhorar a forma como ele(a) se sentia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Apontei a alguém os seus defeitos para tentar fazê-lo(a) sentir-se pior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Fiz algo de bom a alguém para tentar que este(a) se sentisse melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Agi de forma irritada com alguém para tentar fazê-lo(a) sentir-se pior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Expliquei a alguém como me magoou a mim ou outros, para tentar que a pessoa se sentisse pior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 6. Assinalei as características positivas de alguém para tentar melhorar a forma como ele(a) se sentia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Fiz rir alguém para tentar fazê-lo(a) sentir-se melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Escutei os problemas de alguém para tentar melhorar a forma como ele(a) se sentia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Passei tempo com alguém para tentar melhorar a forma como ele(a) se sentia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SUBESCALA INTRÍNSECA

Como é que você lida com os seus próprios sentimentos:

Há ocasiões em que as pessoas fazem esforços para se sentirem melhor (por exemplo, mais felizes, mais calmas, menos ansiosas, menos irritadas) e ocasiões em que elas fazem esforços para se sentirem pior (por exemplo, menos alegres, menos animadas, mais zangadas, mais preocupadas).

Nas últimas 2 semanas, em que medida você usou as seguintes estratégias para influenciar a forma como você se sentia. Não importa se as estratégias funcionaram ou não, apenas em que medida você as usou.

| | De modo nenhum | Apenas um pouco | De forma moderada | Bastante | Em grande medida |
|--|----------------|-----------------|-------------------|----------|------------------|
| 1. Procurei problemas na minha situação actual para me fazer sentir pior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Pensei nas minhas características positivas para me fazer sentir melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 3. Ri-me para tentar melhorar o que estava a sentir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Expressei-me com cinismo para me tentar fazer sentir pior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Pensei sobre os meus defeitos para me fazer sentir pior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Fiz algo que gosto para tentar melhorar o que eu sentia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Procurei apoio de outras pessoas para me tentar fazer sentir melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Pensei sobre experiências negativas para me tentar fazer sentir pior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Pensei em algo agradável para me tentar fazer sentir melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Pensei em aspectos positivos da minha situação para tentar melhorar o que sentia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo 4: Questionário Sociodemográfico

Questionário

1. Género: ☐ Feminino
anos
 ☐ Masculino

2. Idade: _____

3. Local de Residência:

Concelho: _____
Junto

4. Estado Civil:

☐ Casado /
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorciado

/Separado

5. Escolaridade: _____

6. Situação Profissional:

☐ Empregado ☐ Estudante
☐ Desempregado ☐ Reformado

7. Que tipo de acompanhamento está a receber nesta clínica?

☐ Psiquiatra ☐ Psicólogo

7.1 – Motivo? _____